Aus der Giessener Universitäts-Frauenklinik.

25 Fälle

von

„Placenta praevia“.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

der

Hohen medicinischen Fakultät

der

Grossherzoglich Hessischen Ludwigs-Universität zu Giessen

vorgelegt von

Otto Joeckel

approb. Arzt aus Kastel.

Giessen 1898.

von Münchow'sche Hof- und Universitäts-Druckerei.

Aus der Giessener Universitäts-Frauenklinik.

25 Fälle

von

„Placenta praevia“.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

der

Hohen medicinischen Fakultät

der

Grossherzoglich Hessischen Ludwigs-Universität zu Giessen

vorgelegt von

Otto Joeckel

approb. Arzt aus Kastel.

ACAD. LUDOVIC. BIBL.

Giessen 1898.

von Münchow'sche Hof- und Universitäts-Druckerei.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538110_0078

Die Placenta praevia bringt eine Reihe von Gefahren für Mutter und Kind mit sich und hat stets eine hochpathologische Bedeutung. Es ist daher begreiflich, dass sich die Geburtshelfer sehr viel mit ihr beschäftigen und so lange noch die Ansichten über ihre Entstehung geteilt sind und kein absolut günstiges Verfahren der Behandlung gefunden ist, auch weiterhin eingehend mit ihr beschäftigen werden.

So möchte auch ich im Folgenden die Erfahrungen mitteilen, welche in der Universitäts-Frauenklinik zu Giessen bei den dort zur Beobachtung gekommenen Fällen von Placenta praevia gemacht sind. Es handelt sich dabei um 25 Fälle bei einer Gesammtanzahl von ca. 2800 Geburten; das entspricht also einem Verhältnis von 1 : 112.

Die beobachteten Fälle selbst sind folgende:

I. Fall. 12. III. 1890.

Frau Pauline F., 28 J., II. para. Erste Geburt Jan. 89 leicht und ohne Störungen in Nachgeburtsperiode oder Wochenbett; Kind lebt. Jetzige Schwangerschaft im 8. Monat. Im Januar kleine Blutung spontan, am 9. März I. Blutung, etwa ein Löffel voll mit Gerinnsel. Am 11. März stärkere, anhaltende Blutung bis zur Aufnahme am 12. N. m. 4 h. Wehen gut, Uterus etwas nach rechts, H T deutlich am Nabel, Kindsbewegungen bemerkbar. Muttermund über 3 Markstück gross, gut dehnbar, Scheide weit und voll Coageln, Blase steht;

links, vorne ein abgelöster Placentarrand zu fühlen, Kopf beweglich im Beckeneingang I. Sch. l. Plac. praev. lat. Sprengung der Blase, combinirte Wendung auf den rechten Fuss und sofortige Extraktion, die leicht gelingt. Kopf nach Veit-Smellie entwickelt. Kind leicht asphyktisch, erholt sich bald. Keine Nachblutung, Nachgeburt löst sich spontan und wird nach $^1/_2$ Stunde exprimirt. Wochenbett fieberfrei. Mutter und Kind am 10. Tage gesund entlassen.

II. Fall. 22. Okt. 1890.

Elise W. 33 J. II. para.

I. Partus normal und spontan, Kind lebt. Gegen Ende jetziger Schwangerschaft häufig Blutabgang, deshalb Bettruhe verordnet. Am 21. Okt. N. M. 4 Uhr springt die Blase spontan. Rücken der Frucht links, kleine Teile rechts, Kopf beweglich über dem Beckeneingang fühlbar. Muttermund etwa Markstück gross, Cervicalkanal für 2 Finger durchgängig; über dem inneren Muttermund fühlt man eine weiche Masse vorliegend, unter der man nach rechts vordringen kann, links dasselbe weniger deutlich zu fühlen. Ueber derselben vorliegender, harter Teil beweglich. Es besteht also Plac. praev. lateralis I. Schädellage, ausserdem ergibt die Beckenmessung allgemein verengtes Becken mässigen Grades. Wehenthätigkeit anfangs kräftig, lässt allmählich nach, Eröffnungsperiode sehr protrahirt, kindliche Herztöne 128—134. Um $9^1/_4$ wird nach Durchbohrung von Eihäuten und Placentamassen combinirte Wendung und im Anschluss daran sofortige Extraktion vorgenommen; mittels Veit-Smellie's Handgriff Entwicklung eines tiefasphyktischen Mädchens. Wiederbelebungsversuche bleiben erfolglos. Keine Nachblutung, Placenta wird nach $^1/_2$ Stunde exprimirt. Das Wochenbett verlief nicht normal. Die Temperatur erfuhr von 36,6° eine Steigerung bis zu 38,9°, Patientin hatte auf Druck

grosse Schmerzempfindung im Abdomen und vom 6. Tage war von aussen, dem l. Parametrium entsprechend, eine Resistenz zu fühlen. Bei innerlicher Untersuchung fand sich ein linksseitiger, gut verheilter Cervixriss und eine dem linken Parametrium entsprechende Anschwellung, von der es nicht klar war, ob sie als parametritis exsudativa oder als Blutung zwischen die Blätter des lig. latum (Haematom) mit sec. parametrit. Erscheinungen anzusprechen war. Die Involution des Uterus ging langsam vor sich. Vom 16. Tage an war Temparatur wieder normal und nach 20 Tagen konnte Wöchnerin, wenn auch etwas schwach, entlassen werden.

III. Fall. 26. Dec. 1890.

Katharina B. 25 J. II. para.

Erste Entbindung in hiesiger Klinik vor 4 Jahren, forceps wegen Wehenschwäche. Kind nach $^1/_2$ Jahre gestorben. Verlauf der Schwangerschaft ohne Störung bis zum 20. Dec., wo ohne äussere Veranlassung heftige Blutung eintritt. Desinficirende Ausspülung und Jodoformgazetamponade, Blutung steht. Kräftezustand der Kreissenden gut, während der folgenden Tage gründliche Controle bei absoluter Bettruhe; bei Herausnahme der alten Tampons keine Blutung, keine Wehen. Muttermund Zehnpfennigstückgross, über dem i. M. M. Placentargewebe. In der Nacht vom 25./26. entleerte sich reichlich Blut, und nach Herausnahme des Tampons zeigte sich eine Ansammlung von Blutgerinnsel, etwa 1 Lit. entsprechend. Trotzdem Puls und Aussehen der Kreissenden sehr gut, kindliche Herztöne 136. Wehen nunmehr kräftig. Innerer Befund: Muttermund über 2 Markstückgross, portio fast verstrichen, am inneren Muttermund, hinten links reichliches Placentargewebe vorliegend, darüber das Köpfchen des Kindes noch beweglich. Mit Rücksicht auf den grossen Blutverlust von seiten der Mutter, wird Wendung auf den Fuss gemacht

und im Anschluss daran vorsichtig extrahirt. Kopf des Kindes nach Veit-Smellie entwickelt. Keine wesentliche Nachblutung, Uterus gut contrahirt, kleiner Scheidendammriss mittels fortlaufender Catgutnaht vernäht. Kind zeigt Asphyxie 1—2°. Nach einigen Schultze'schen Schwingungen, warmem Bad mit kalten Uebergiessungen auf Kopf und Brust, beginnt das Kind spontan und bald darauf regelmässig zu atmen; es schreit. Placenta nach $^1/_4$ Stunde exprimirt, keine Nachblutung, Puls gut, aber beschleunigt. Die Wöchnerin erholt sich gut und wird nach 12 Tagen gesund mit gesundem Kinde entlassen.

IV. Fall. 5. März 1891.

Frau Kath. W. 26 J. III. para.

Die erste Entbindung vor 3 Jahren, ebenso die zweite vor 1 Jahre normal und spontan. Verlauf jetziger Gravididät ohne Beschwerde, seit 3 Wochen spontaner Blutabgang, seit einigen Tagen Wehen und bei jeder Wehe Blutung. Die Untersuchung am Tage der Aufnahme ergab II. Querlage I. Unterart (Kopf in der regio hypogastrica dextra, links der Steiss, kleine Teile links über dem Nabel, Rücken nach vorne) H. T. 148. Muttermund für 2 Finger durchgängig, am inneren Muttermund reiches Placentargewebe. Patientin wird tamponirt, doch trotz wiederholter und gründlicher Tamponade gelingt es nicht, die Blutung zu beherrschen, wohl aber hatte sich mittlerweile der Muttermund über Thalergrösse erweitert. Am 6. März wurde die Placenta durchbrochen und Wendung auf rechten Fuss gemacht. Die Nabelschnur fiel hierbei mit vor, weswegen sofortige Extraktion. Hüfte, Rumpf und Schultern folgen leicht, dagegen erfordert die Entwicklung des Kopfes wegen noch nicht erweitertem Cervix längere Zeit und Bemühung (Erweiterung des Cervix mit dem Finger, Expression vom rectum aus). Das Kind hatte nach Geburt noch geringe Herzthätigkeit, doch gelang es nicht, es am Leben zu

erhalten. Die Placenta wurde nach kurzer Zeit spontan geboren. Mutter nach der Geburt sehr collabirt, erholt sich nach Verabfolgung von Campheräther und Ergotin, Cognac mit starkem Thee und 2 Kochsalzinfusionen. Wochenbett normal, Entlassung nach 10 Tagen.

V. Fall. 1. Febr. 1892.

Marg. N. 35 J. VI. para.

Die erste Entbindung fand vor 16 Jahren, die letzte vor 19 Monaten statt, jedesmal ohne Kunsthülfe, jedoch angeblich stets schwieriger Austritt der Nachgeburt. Vor 8 Jahren wurde Kr. wegen eines Geschwürs am Muttermund mit Spülungen behandelt. Vor 6 Wochen plötzliches Auftreten heftiger Blutung, seit 14 Tagen ständiger Abgang bräunlichen Blutes. Am 30. Jan. mässige, am 31. Jan. starke Blutung, kommt am 1. Febr. kreissend in die Klinik. Muttermund von 5 Markstückgrösse, innen völlig von Placentagewebe bedeckt, nach der Symphyse hin Eihäute erreichbar. Nach der Untersuchung stärkere Blutung, daher Sprengung der Blase unterhalb der Symphyse, Zurückdrängen des vorliegenden Kopfes und Erfassen und Hervorholen des linken Fusses. Darauf langsame Extraktion, Lösung der Arme, Veit-Smellie. Das Kind leicht asphyktisch, wird bald wiederbelebt. Nach einer halben Stunde Entfernung der Nachgeburt nach Credé. Wochenbett verläuft normal und fieberfrei, Entlassung mit Kind nach 12 Tagen.

VI. Fall. 17. VI. 92.

Elisabeth Sch. 43 J. V. para.

Frau kommt kreissend und hochgradig anämisch zur Klinik. Die früheren Geburten und Wochenbetten verliefen normal. Bereits vor 4 Wochen so heftige Blutung, dass sie ärztliche Hilfe bedurfte und schon seit der Zeit an grosser Schwäche litt. II. Blutung vor 14 Tagen, nicht so heftig, am 16. weitere Blutung ohne besondere Veranlassung von grosser Heftigkeit. Die

Frucht liegt in I. Steisslage und ist abgestorben, Mm. Zweimarkstück gross, im inneren Mm. fühlt man nach rechts und hinten einen Placentarlappen, nach links und vorne derbe Eihäute. Hinter letzteren ein Fuss fühlbar. Um $1^1/_2$ Uhr Sprengung der Blase, Herunterholen des rechten Fusses und Hervorziehen desselben bis zum Knie. Blutung steht hiernach vollständig. Gegen $4^1/_2$ Uhr Extraktion bei fast völlig erweitertem Mm. ohne Schwierigkeit und ohne geringsten Blutverlust. Nach $^1/_2$ Stunde trat leichte Blutung, etwa 100 ccm ein, deshalb Expression der Placenta, worauf Uterus gut contrahirt zw. Nabel und Symphyse steht und keine Nachblutung mehr erfolgt. Nach der Entbindung hatte Pat. eine Temperatur v. 36,4° bei einem Puls v. 115—120 die Minute. Das Allgemeinbefinden schien besser, doch trat bei Nahrungsaufnahme Erbrechen auf; nur Cognac mit Ei, Thee, auch Tinct. ferri chlor. aeth. wurde behalten. Pat. giebt an, seit 14 Tagen keinen Stuhl gehabt zu haben, deshalb werden ihr 2 Clysmata verabfolgt, durch welche eine unglaubliche Kotmenge von lehmiger Farbe zu Tage gefördert wird. Urin eiweissfrei. Wegen der ausserordentlichen Anämie wurde am Abend Autotransfusion vorgenommen, worauf Puls kräftiger und Allgemeinbefinden besser wurde. Nach mehrstündigem, durchaus ruhigem Schlaf plötzlich grosse Unruhe. Temp. 38,7° bei c. 140 Pulsen. Puls klein, flatternd, unregelmässig. Ernährungsklystier, Uterusausspülung, bei der keinerlei zersetzte Massen entleert wurden, darauf Kochsalztransfusion, Campher und Aetherinjektionen, wodurch der nach der Uterusausspülung aufgetretene leichte Collaps vorübergehend gehoben wurde. Die Schwäche nahm zu, alle Belebungsmittel versagten und die Frau starb am 19. IV. Nm. $4^1/_2$ Uhr nach mehr als $1^1/_2$ stündiger völliger Apathie unter den Erscheinungen des Lungenödems.

Sektionsbefund:

Puerperalzustand des Uterus, allgemeine Anämie. Stark wässriges Blut. Schlaffes Herz. Hochgradiges Lungenödem. Milzschwellung. Gallensteine. Starke Dilatation der Gallenblase und des duct. cysticus, Empyema Cystitis felleae. Erst nach der Sektion wird in Erfahrung gebracht, dass die Verstorbene in letzter Zeit sehr gelb gewesen und über Schmerzen in rechter Seite geklagt habe, auch sei die eigentümliche, lehmige Verfärbung des Stuhles aufgefallen.

VII. Fall. 18. März 1892.

Emma Kl. 40 J. VIII. para.

Verheiratet mit 22 Jahren, die sieben vorhergegangenen Partus normal, im letzten Wochenbett angeblich Fieber. Letzter partus vor 3 Jahren. Nach $2^1/_2$monatlicher Gravidität bereits einmal auf 2 Monate in der Klinik, die sie darnach ohne Erlaubnis verliess. Seit Beginn ihrer jetzigen Schwangerschaft psychische Störung, Verfolgungswahn, Depression, abwechselnd mit Exaltation; war auswärts wegen Retroflexion und Endometritis behandelt. Am 6. März Wiederaufnahme behufs Beobachtung ihres bedeutend verschlimmerten Alterationszustandes. Die Schwangerschaft hat sich bereits entwickelt, die Höhe des f. uteri entspricht dem 6—7. Monat. Objektiv nur eine eigentümliche Unruhe der Pat. nachzuweisen, die trotz beruhigender Mittel in steter Steigerung begriffen. Appetit sehr schlecht, Puls sehr schnell und schwach. Wegen Fehlens v. psych. Alterationen bei allen früheren Geburten, entschliesst man sich zur Einleitung des künstl. Abortes. Pat. gab an, vor einigen Wochen reichlich Blutabgang gehabt zu haben, doch wird diese Angabe der hysterischen Frau, die durch die örtliche Untersuchung in keiner Weise unterstützt wird, nicht beachtet. Wiederholte heisse Scheidenausspülungen, Einführung eines Laminariastiftes und wieder-

holte Scheidentamponaden verursachen nur schwache Wehen und langsame Eröffnung des Mm. Nach den einzelnen innerlichen Untersuchungen fliesst ziemlich viel hellrotes Blut ab und es wird deshalb an Plac. praevia gedacht, doch kann das Gefühl nicht entscheiden, ob Plac. vorliegt, oder die Eihäute besonders derb sind. 3 Tage nach Einleitung der Geburt, Cervicalkanal für einen Finger durchgängig, Diagnose auf Plac. praev. lat. gesichert. Einführung eines Bougies fördert Wehenthätigkeit. Am 17. März Abends 9 Uhr Herunterholen des l. Fusses mit grosser Mühe mittels Kornzange. Nunmehr sehr starke Wehen, nach 4 Stunden Mm. erweitert, Steiss kommt zum Einschneiden um 1 Uhr, am 18. März früh ist die Geburt eines toten Knaben beendet; derselbe wog 1000 gr bei einer Länge von 36 cm. Placenta musste manuell gelöst werden. Wochenbett verlief normal, psychische Störungen traten nicht wieder auf. Entlassung nach 10 Tagen.

VIII. Fall. 25. August 1892.
Maria Z. 20 J. II. para.

Erste Schwangerschaft Ende 1889 im 6. Monat durch Abortus ohne weitere Complikation beendet, im J. 1891 in hiesiger Poliklinik wegen Ausfluss und endometrit. corp. et cervix behandelt. Befinden während jetziger Gravididät andauernd gut, vor 5 Wochen spontan starke Blutung, nach mehrtägiger Bettruhe beseitigt. Vom 16.—18. August wiederholte Blutung, in den folgenden Tagen täglich geringer Blutabgang, am 24. August äusserst heftige Blutung, zugleich starke Wehen. Pat. kommt kreissend und stark blutend zur Anstalt. Höhe des Fundus uteri entspricht einer Schwangerschaft im II. Monat, I. Schädellage, Kopf beweglich über dem Beckeneingang, Kind lebt. In der Vagina zahlreiche Blutcoagula. Orificium ext. 1 Markstückgross, Cervix zum Teil verstrichen. Am inneren Muttermund fühlt

man vorne und links weiches Placentargewebe, das rechts und hinten in die rauhen, vom Placentargewebe kaum zu unterscheidenden schlaffen Eihäute übergeht. Wehen kräftig. Sprengung der Blase, reichliches Fruchtwasser. Unter Unterstützung von aussen, Erfassen des rechten (vorderen) Fusses, wonach Wendung leicht gelingt. Nach mässigem Anziehen des Füsschens steht Blutung. Anschlingen des Fusses und Rückenlage. Nach $1^1/_2$ Stunden Mm. völlig verstrichen, Steiss wird spontan geboren. Patientin sehr erschöpft, f. uteri über Nabelhöhe (innere Blutung). Deshalb Extraktion mit mässigem Druck von aussen. Entwicklung des Kopfes nach Veit-Smellie; es folgt ziemlich beträchtliches Blutgerinnsel, darnach Uterus gut contrahirt. Plac. liegt gelöst in der Scheide, wird durch Druck auf den Fundus während einer Nachwehe nach einer halben Stunde leicht geboren. Kind weibl. tot, Gewicht 1100, Länge 40 cm. Das Wochenbett verlief fieberfrei, Wöchnerin sehr schwach, wird erst nach 16 Tagen gesund entlassen.

IX. Fall. 26. Jan. 1893.

Elisabeth Z. 37 J. X. para.

Erste Entbindung mit 17 J. (Drillinge), darnach noch 8mal spontan und normales Wochenbett, 9 Kinder tot, 2 leben. Untersuchung ergiebt: Allgemein verengtes plattes Becken geringen Grades, Frucht liegt in zweiter Schieflage, zweite Unterart. Am 18. Januar Abgang grösseren Blutgerinnsels, keine Wehen, am 25. Januar erneute Blutung und Wehen, Portio auffallend weich, Cervicalkanal für 2 Querfinger durchgängig, am inneren Muttermund. Der fibrös schwartige Placentarrand rechts zu fühlen. Auch am folgenden Tage mehrfacher Abgang von Blutcoagula, daher combinirte Wendung nach Braxton-Hicks auf den rechten Fuss und sofortige Extraktion; Kopf mittels Veit-Smellie'schen Handgriff. Kind lebt, schreit kräftig, Knabe, 2800 Gewicht bei 49,5 cm.

Länge. Keine Nachblutung. Die gelöste Placenta nach $^1/_2$ Stunde exprimirt. Der vorliegende Rand ist fibrös und zeigt kleine knollige Erhabenheiten von blasserer Farbe, Grösse 28 : 26. Wochenbett normal, Entlassung von Mutter und Kind nach 12 Tagen.

X. Fall. 11. April 1893.

Elise S. 25 J. III. para.

Erster partus Juni 1884; April 1888 zweiter partus, beide Male spontan mit normalem Wochenbett. Seit 1. März ab und zu Blutabgang ohne äussere Veranlassung, mitunter dazwischen Pause von 8—10 Tagen. In der Nacht vom 8./9. April wiederholt starker Blutabgang, der gegen Morgen wieder sistirt. Am 10. April fliesst ziemlich beträchtliche Menge Fruchtwasser ab, dabei keine Blutung. Am 11. April früh in halbstündiger Pause 2 bedeutende Blutungen bei geringer Wehenthätigkeit, Cervicalkanal erhalten, innerer Muttermund für 1 Finger durchgängig, Placentargewebe vorliegend, Eihäute nirgends zu fühlen. Kind in I. Querlage II. Unterart. Bei für 2 Finger bequem durchgängigem Muttermund wird combinirte Wendung nach Braxton-Hicks gemacht und der rechte Fuss eingeleitet nach Durchbohrung der Placenta. Lebenserscheinungen von seiten des Kindes nicht zu konstatiren. Langsame Extraktion durch kräftige Wehen unterstützt; dabei geht ein Teil der bereits gelösten Placenta mit und erscheint im Introitus. Leichte Lösung beider Arme, Kopf nach Veit-Smellie. Kind, Knabe 2900 gr. mit $47^1/_2$ cm. Länge, tot. Expression des übrigen Teiles der Placenta, Uterusausspülung, Uterus gut contrahirt, in N. H. keine Eihäute mehr zu fühlen. Ergotininjektion, Eisblase. Am ersten Tage des Wochenbettes Nachblutung. Die 3 ersten Tage Temperatur unter 38 °, hoher Puls (120), starke Nachwehen. Am 4. Tage 38,5 °, am 5. Tage 38,4 ° Abendtemperatur. Vom 6. Tage an Abendtemperatur unter 38 °, zuerst noch

37,9°, dann vom 8. Tage ab allmählich auf 37,4° sinkend. Ebenso allmähliches Sinken des Pulses auf 80 p.Min. Vom 6. Tage starker foetor lochiorum, 4 Vaginalirrigationen p. d. Am 14. Tage gesund, wenn auch noch etwas schwach entlassen, Parametrien anscheinend frei.

XI. Fall. 27. Juni 1893.

Emma Schn. 23 J. I. para.

Früher angeblich immer gesund, Menses von 17 Jahren alle 4 Wochen 5—6 Tage. Letzte Menses angeblich am 25. Novbr. 1892. Befinden während der Schwangerschaft ungestört bis zum 11. Mai. Vom 11. bis 13. Mai und 14 Tage später zum dritten Male am 7. Juni seien Blutungen von je 3tägiger Dauer aufgetreten. Aufnahme in die Klinik am 6. Juni. Am 21. Juni Abgang von wässriger Flüssigkeit, desgl. am 22. und 23. Juni ziemlich beträchtliche Mengen, keine Wehenthätigkeit, Hydrorrhoea uteri gravidi. Ausgeschiedene Flüssigkeit klar-gelblich gefärbt, spec. Gewicht 1021 (Urin trübe, spec. Gew. 1011). Im Sediment spärliche Plattenepithelien. Am 25. Juni Abgang von Blutcoagula, ca. $^1/_2$ l — keine Wehen. Äusserer Befund Kopf r., Rücken v. R. oben nach L. unten, Steiss l. abgewichen. Innere U. Introitus eng, Vagina nach oben sich trichterförmig erweiternd, hinteres Scheidengewölbe breit entfaltet. Portio mehr nach vorne. Mm. für Fingerkuppe geöffnet. Cervicalkanal geschlossen. Abends nochmals reichlicher Blutabgang. Innerer Befund der gleiche, deshalb Scheidentamponade (8 sterilis. Gaze-tampons). Die Nacht verläuft ruhig, am 26. Juni Mittags Entfernung der Tampons, keine Blutung, Mm. für einen Finger durchgängig, desgl. Cervicalkanal. Pat. wird Aufstehen erlaubt. Um $^1/_2$7 Abends erneute heftige Blutung. Scheidengewölbe scheinbar durch einen elastischen Tumor nach unten gedrängt, Cervicalkanal hinter der Symphyse verlaufend. Narkose. Sehr schwierige

Einleitung des l. vorliegenden Fusses in und durch den Cervicalkanal, dabei zeigt es sich, dass das O. i. hinten R. u. L. vom Placentargewebe überlagert ist. Sprengen der Blase links vorne. In der Nacht geringe Wehenthätigkeit, kein Abgang von Blut und Meconium, Herztöne gut. Am Morgen des 27. Juni Querbett-Narkose. L. Oberschenkel fest vom äusseren und inneren Mm. umschlossen, stark ödematös blaurot. Epidermis löst sich beim Anfassen teilweise ab. Sehr langsame Extraktion, O. e. durch 2 Incisionen erweitert. Kind weibl. mit einem Gewicht von 2105 gr und Länge von 48 cm tief asphyktisch geboren, sieht sehr anämisch aus. Stillstand des Herzens. Respirationsversuche vergeblich. Am Oberschenkel zwei concentrische Furchen, vom äusseren bezw. inneren Mm. herrührend, ca. 4 cm von einander entfernt. Nach $^1/_2$ Stunde Expression der Placenta, keine Nachblutung. Wochenbett. In den ersten fünf Tagen leichte Abendsteigerungen bis 38,0°, vom 6. Tage an normal, Puls in den ersten Tagen über 120, vom 11. Tage im Mittel auf 80 gesunken. Grosse Mattigkeit und hochgradige Anämie. Befund am 6. Juli. Cervicalkanal für Finger durchgängig. O. i. von rechts nach hinten zu durch Wülste 2 Tumoren überlagert. Hintere Wand noch etwas vorgewölbt. Entlassung am 18. Juli 1893.

XII. Fall. 28. Mai 1894.

Anna Marg. P. 47 J. X. para.

Die 9 früheren Entbindungen und Wochenbetten stets normal und Kreissende selbst angeblich stets gesund. Während der Dauer jetziger Gravidität stets Erbrechen. Anf. Dec. 92 geringe Blutung, am 9. Mai 94 stärkere Blutung, Bettruhe, am 26. Mai wiederholter stärkerer Blutabgang. Aeussere Untersuchung stellt 1 Schieflage I. Unterart fest. Innerer Befund am 27. Mai Nachmittags $3^3/_4$ Uhr: Introitus und Vagina weit,

Portio verstrichen, Cervix aufgelockert, Muttermund weich, für 2 Querfinger durchgängig. Portio steht hoch, man fühlt eine schwammige Masse hereinragen, die sich, von aussen durch die Bauchdecken betastet, nach links fortsetzt. Bauchdecken erscheinen hier verdickt und weicher. Kein Blutabgang mehr, leichte Wehen. Nachts Einlegen eines Colpeurynthers. Morgens $^1/_2$8 Uhr Muttermund nicht weiter, Placenta deutlich fühlbar, pulsierende Nabelschnur zu fühlen, Herztöne verlangsamt, aber deutlich. Bei der Untersuchung Blutabgang. Sprengung der Blase, viel Fruchtwasser, Wendung auf den l. Fuss, welcher angeschlingt wird. Bei Vornahme der Wendung eingetretene Blutungen stehen, Kopf deutlich im Fundus, Rücken vorne fühlbar. Extraction, bei Einschneiden des Steisses Meconiumabgang, Herztöne 176, Lösung der Arme, Entwicklung des Kopfes nach Veit-Smellie, Kind tief asphyktisch, erholt sich wieder. Knabe: Gewicht 3340 gr., Länge 53 cm. $^1/_2$ Stunde p. partum Enfernung der Placenta nach Credé. Sie zeigt Gewebsdefekte, oberflächliche Blutungen, einen weissen Infarkt an der Stelle, die unten und hinten gelegen war. Decidua verdickt, stellenweise mehrere mm kleine Blutungen darauf (Endometritis).

Wochenbett normal und fieberfrei, Wöchnerin stillt selbst und wird am 10. Tage entlassen.

XIII. Fall. 10. Sept. 1894.

Katharina Ha. 23 J. III. para.

Angeblich stets gesund gewesen, Menses seit dem 17ten Jahre unregelmässig und schwach, Befinden während der Schwangerschaft ungestört. Bis zum Wehenbeginn am Tage der Geburt hat Kreissende Blutabgang nicht bemerkt. Bei jeder Wehe Blutung. Äusserer Befund: Ende der Gravidität, I Schädellage, Herztöne dumpf links aussen. Wehen alle 10 Minuten. Innerer Befund: Introitus eng, Scheidengewölbe flach

und hochgezogen, so dass der für 1 Finger durchgängige Muttermund schwer zu erreichen ist. Ueber dem vorderen Scheidengewölbe fühlt man durch eine weiche Wand den noch beweglichen Kopf. Im Muttermund findet man nach vorne und hinten links den Placentarrand. Da Blutung steht, wird abgewartet; Kreissende in linker Seitenlage. Um 7 Uhr p. m. starker Blutabgang, Tamponade, Blutung sickert durch, kräftigere und häufigere Wehen. 9 h. 20 Entfernung der Tampons, Sprengung der Blase, bei für 2 Finger durchgängigem Muttermund Wendung nach Braxton-Hicks auf den linken Fuss, der vorgezogen wird. Blutung steht, Puls gut. Nach zwei weiteren Stunden kommt der Steiss zum Einschneiden, spontaner Austritt der Frucht, pulslose Nabelschnur. Herzthätigkeit völlig erloschen, Gewicht 3430 gr., Länge 54 cm. Trotz mehrmaligem Credé kann Placenta nicht entfernt werden, deshalb entschliesst man sich um 1 Uhr bei leichter Narkose zur manuellen Lösung. Dabei zeigt es sich, dass ein Teil der Placenta, in welchem die Nabelschnur inseriert, im Cervicalkanal gelöst liegt, während ein grösserer Lappen an der vorderen Uterusfläche bis fast zum fundus adhaerent ist, jedoch leicht abgelöst werden kann. Intrauterine Ausspülung, Wochenbett völlig normal, Entlassung am 14. Tage.

XIV. Fall. 28. Sept. 1894.
Elise W. 24 J. II. para.

Früher stets gesund, Menses mit 16 Jahren, unregelmässig 8—10 Tage lang, erste Geburt Dez. 92 in hiesiger Anstalt spontan, Wochenbett normal, Kind lebt. Befinden während jetziger Gravidität ungestört. In der Nacht vom 26./27. Sept. springt die Blase, wobei auch Blut mit abgeflossen sein soll. I. Schädellage sehr langsamer Eröffnung, Blutung sehr gering. Am 28., nachmittags 1 Uhr 25 M., wird der Kopf in der Schamspalte sichtbar, von den Eihäuten bedeckt. Dieselben wurden

zerrissen; nach einigen kräftigen Wehen schneidet der Kopf über den Damm, die Placenta wird zugleich mit dem Kind geboren. Kind leicht asphyktisch, erholt sich nach einigen künstlichen Atmungsbewegungen. Es ist ein Mädchen, wiegt 2220 gr bei 46 cm Länge, Zeichen der Reife sind nicht vorhanden, partus praematurus. Eihäute zeigen an der Insertion an der Placenta dickgallertige Beschaffenheit. Die Placenta war durch die sehr derben, dem kindlichen Kopfe glatt anliegenden Eihäute herabgezerrt und an der Seite hin, bis über die Mitte eingerissen. Entlassung nach normalem Wochenbett nach 12 Tagen, Mutter und Kind gesund.

XV. Fall. 19. Jan. 1894.

Karoline H. 45 J. X. para.

Früher stets gesund, leidet Patientin seit einigen Jahren an fluor albus. Menses mit 17 Jahren, erst unregelmässig, später normal, die drei vorhergegangenen partus verliefen rasch und ohne ärztliche Hülfe; die Wochenbetten ebenfalls normal bis auf das siebente; Patientin wurde von einer ziemlich heftigen Parametritis (?) befallen, es erfolgte Durchbruch nach aussen. Mitte Dezember und Mitte Januar Auftreten heftiger Blutungen, ebenso in der Nacht vom 18. auf 19. cr. und auf dem Transport hierher. Äusserer Befund: Kopf ballotierend über r. Darmbeinschaufel, Steiss l. oben, kleine Teile in grosser Ausdehnung r., Rücken l. hinten. Herztöne am deutlichsten in Nabelgegend. II. Schieflage, II. Unterart. Fruchtwasser anscheinend sehr reichlich, Fluctuation vorhanden. Innerer Befund: Scheide weit, glatt. Vorderes Scheidengewölbe stark aufgelockert. Portio erhalten, sehr hoch stehend. Mm. für einen Finger durchgängig, im Cervicalkanal Blutgerinnsel, über dem inneren Mm. die schwammige Plac. praev. lateralis. Wehen anfangs sehr schwach, deshalb Einlegen eines Colpeurynthers, darnach alle 3—4 Mi-

nuten kräftige Wehen. Bei etwas mehr wie 5-Markstückgrossem, äusserst nachgiebigem Mm., gelingt leicht die combinierte Wendung nach Braxton-Hicks. Reichlicher Abfluss von Fruchtwasser. Extraktion langsam und vorsichtig. Blutung gering. Kind etwas asphyktisch, erholt sich, Mädchen, wiegt 3620 gr bei einer Länge von 53 cm, reife Frucht. Uterus gut contrahiert, Placenta leicht exprimiert. Puls sofort nach der Geburt unruhig, flatternd, bessert sich bald. Temp. 37,9°. Ein kleiner Scheidendammriss durch 2 Nadeln vernäht, zur Blutstillung 2 Jodoformgazetampons in die Scheide. Wochenbett. Die 3 Stunden post partum bis auf 30° angestiegene Temperatur ist am Morgen des 20. auf 37,2° gefallen. Subj. Befinden gut, keine Nachblutung, Nacht unruhig, am Morgen des 21. Temp. 38°, linke Kante des Uterus druckempfindlich. Starker Meteorismus. Ricinus, nach dessen Wirkung Priessnitz mit Eisblase und Scheidenausspülungen, Abendtemp. 37,8°. Am 22. foetor lochiorum, Temp. Abends 39°, Puls gut. Am 23. Lochien schwärzlich und sehr übelriechend, 2% intrauterine Ausspülung. Von da ab nur noch unerhebliche Temperatursteigerung, am 28. morgens 36,4°, abends 37,6°, Puls 80. Am 5. Februar Entlassung.

XVI. Fall. 10. Juni 98.

Luise E. 31 J. III. para.

Früher immer gesund, menses mit 17 Jahren regelmässig 5—6 Tage ohne Schmerzen. I. partus 1886, II. partus 1894, beide Male ohne Kunsthülfe, Wochenbetten normal, Kinder leben. Während der Schwangerschaft Blutabgang nicht beobachtet.

Lagerung am 9. II. 87. p. m. Äussere Untersuchung: I. Schädellage. Innere Untersuchung: Scheide weit. Portio verstrichen. Mm. 3 Markstückgross. Blase steht. In der r. Hälfte des Lumens des Mm. fühlt man Placentargewebe. Kr. giebt an, während der ersten

Wehen sei Blut abgegangen. Kopf steht fest im Becken. Pfeilnaht im R. schrägen Durchmesser. Kl. Fontanelle links vorn. Wehen alle 8—10 Minuten kräftig, während derselben keine Blutung. Von 11 Uhr ab Wehen häufiger, kein Blutabgang. Nachts 2 Uhr springt die Blase, mit dem Blasensprung Presswehen, Kopf kommt zum Einschneiden. Nach 20 Minuten spontaner Austritt der Frucht, Mädchen lebt, wiegt 2830 gr, ist 50 cm gross und reif. Uterus post partium gut contrahirt. Placenta exprimirt, zeigt reichliche Fibrinablagerungen. Wochenbett normal, Entlassung mit gesundem Kinde nach 10 Tagen.

XVII. Fall. 29. 2. 96.

Marie B. 37. J. IV. para.

Menses mit 17 Jahren regelmässig. I. partus 1891 forceps, II. und III. partus normal mit normalem Wochenbett, letzte Entbindung vor $2^1/_2$ Jahren. Befinden während der Gravidität gut, am 23. II. 5 Uhr p. m. heftige Blutung (c. $1^1/_2$ Lit. Blut), um 9 Uhr Vaginaltamponade. Aufnahme in die Klinik um 1 Uhr. Ä. U.: Kleine Frau in schlechtem Ernährungszustand, hochgradig anämisch. Fundus uteri 1—2 Querfinger unter proc. xiph. II. Schädellage: Kopf beweglich über d. B. E. I. U. Cervicalkanal erhalten. Äusserer Mm. für 2 Finger, innerer anfangs für 1, nach einigen Explorationen ebenfalls für 2 durchgängig, Rand der hinten und rechts liegenden Placenta deutlich fühlbar. Während der Untersuchung werden alle 2—3 Minuten Wehen beobachtet, von der Kr. nicht empfunden. Nach wiederholter Untersuchung starke Blutung, deshalb $1^1/_2$ Uhr Sprengung der Blase und combinirte Wendung auf den R. Fuss gemacht, $2^1/_4$ Uhr Auftreten von Presswehen, Einschneiden des Steisses, Extraktion unter Druck auf fundus, leichte Lösung der Arme, Kopf nach Veit-Smellie. Am Foetus Leben nicht wahrzunehmen. Knabe 2000 gr, 43 cm lang, ohne Zeichen der Reife. Nach $^1/_2$ Stunde wird Placenta mit einigem

Kraftaufwand exprimirt. Wochenbett normal. Entlassung nach 12 Tagen.

XVIII. Fall. 21. März 1896.

Elisabeth Sch. 43 J. X. para.

Menses mit 18 Jahren regelmässig, in den letzten Jahren stärkere Blutung, schmerzlos. 1.—8. partus und Wochenbetten normal. Vor dem 9. partus 4 Wochen lang Blutabgang, später starke Nachblutung, die ärztliche Hülfe erforderte. Jetzige Schwangerschaft im 7. Monat, Befinden bis zum 16. März gut (nur klagt Pat. über Kurzatmigkeit seit Beginn der Gravidität). Am 16. Februar zuerst eine mässige, darauf am 20. starke Blutung, Tamponade. Blutung steht trotzdem nicht. Bei Untersuchung Mm. für zwei Finger durchgängig, Cervicalkanal erhalten. Über dem B. E. beweglicher Kopf. L. Blutcoagula. Placenta nicht zu erreichen. Erneute Tamponade, Blutung steht, Kreissende um 11 Uhr den 21. März früh zur Klinik gebracht. Fundus uteri drei Querfinger über Nabelhöhe, Kopf L., kleine Teile rechts, Rücken nicht fühlbar, Herztöne nicht nachzuweisen (I. Querlage). Mm. fast thalergross, Blase steht, Köpfchen über B. E. beweglich nach L. Am 22. März früh status idem. Wehen haben nachgelassen, deshalb heisse Irrigationen, Wehen darauf besser. Mittags 2 Uhr 45 M. springt die Blase. Köpfchen deutlich in der l. Uterushälfte fühlbar. Mm. Handtellergross. Schulter liegt vor, fast der ganze Mm. von Placenta eingenommen. Nach Untersuchung reichliche Blutung. Wendung nach Durchbohrung der nunmehr völlig vorliegenden Placenta. Extraktion ohne Schwierigkeit. Nach der Extraktion sehr heftige Blutung, die auch noch nach Expression der Placenta fortbesteht, anscheinend von einem rechtsseitigen Cervixriss herrührend. Trotzdem die erreichbaren Risse im Genitalkanal vernäht wurden, dauerte die Blutung auch noch nach Uterus-

und Vaginaltamponade an. 4 h. 30 p. m. exitus letalis bei zunehmender Anämie. Bei der Autopsie fand sich R. ein 14 cm langer Cervixriss, welcher sich auf das Scheidengewölbe fortsetzte. Placenta am Rande stark zerfetzt durch Hindurchgehen der Hand bei der Wendung. Gewicht der unreifen Frucht 1450 gr.

XIX. Fall. 29. Septbr. 1896.

Math. Sch. 33 J. VI. para.

I. partus Juli 87, Knabe, manuelle Placentarlösung; II. part. Juli 89, Knabe, normal; III. Januar 91, Mädchen, normal; IV. Nov. 92 und V. April 94, normal. Alle Kinder leben. Seit 2—3 Monaten Blutungen bis $^1/_2$ Schoppen. Intervalle 1—3 Wochen. Dauer der Blutungen einige Minuten. Kommt wegen neuer Blutung zur Klinik. Fundus uteri handbreit unter proc. xiph. Kopf R. im Fundus, Rücken L., Herztöne L. oben. (I. Steisslage VII auf VIII mens.) I. U. Mm. und Cervicalkanal gut für zwei Finger durchgängig. I. Mm. durch Placenta völlig bedeckt. Nach links feste Insertion, nach rechts setzt sie sich nur kurze Strecke fort und lässt sich abheben. Bei der Untersuchung starke anhaltende Blutung. $^1/_2$3 h. p. m. Sprengung der Blase, Durchbohrung der Placenta und Wendung auf den linken Fuss. Herztöne nicht mehr zu hören. Blutung steht, nach einer Stunde treten Wehen auf. Bei der dritten Presswehe schneidet der Steiss durch, die Frucht wird bis zum Hals geboren, Kopf folgt nach leichtem Druck von aussen. Infolge weiterer Blutung Entfernung der Placenta nach 5 Minuten durch den äusseren Handgriff. Kind tot, unreif, wiegt 2520 gr bei 49 cm Länge. Am R. unteren Rand der Placenta haften Blutcoagula, der Rand daselbst zerfetzt. Die Insertion der Eihäute an der Plac. nicht marginal, sondern in der Mitte zwischen Centrum und Rand. Wochenbett normal, Entlassung nach 9 Tagen.

XX. Fall. 14. October 1896.
Maria G. 20 J. II. para.

I. Part. 94, Schädellage, normale Geburt und Wochenbett, Kind lebt. Befinden während jetziger Schwangerschaft gut, vor ca. 8 Tagen mehrmals Abgang von blutigem Ausfluss. Am 13. October 10 Uhr 45 M. Mittags Fruchtwasserabfluss. Äussere Untersuchung: Kopf fest ins Becken eingetreten, Rücken nicht deutlich abtastbar, Herztöne R. vom Nabel am deutlichsten, 145 p. Min. Innere U.: Mm. kleinhandtellergross, Kopf in Beckenweite, Wehen häufig aber nicht kräftig. Seit $^1/_4$ Stunde reichlicher Blutabgang. Um 3 Uhr steht vom Mm. noch vorn und R. ein fester, ödematöser Saum, Kopf fast auf Beckenboden, grosse Fontanelle hinten und tief etwas nach rechts v. d. Mittellinie, kl. Fontanelle etwas nach links und hoch. Beim Abheben des noch erhaltenen Mm.-Saumes stösst man vorn auf weiches Gewebe, anscheinend Placentargewebe. Blase unmittelbar am Schädel anliegend, wird eingerissen. Dauernder Blutabgang. Unter Kristellerscher Expression tritt Kopf tiefer, um 3 Uhr 50 M. Geburt eines lebenden reifen Mädchens, Gewicht 2660 gr, Länge 48 cm. Die Blutung besteht fort, daher sofortige Expression der gelösten Placenta. Es zeigt sich der Eihautriss dicht am Placentarrand und daneben grösserer Bluterguss. 4 Uhr 30 M. 2 Ergotininjektionen, Uterus gut contrahirt, Blutung steht. Wochenbett normal. Entlassung mit Kind am 10. Tage.

XXI. Fall. 14. März 1897.
Maria Z. 42 J. IV. para.

Die erste Geburt im Alter von 36 Jahren soll sich sehr in die Länge gezogen haben, die zweite erfolgte am 5. Dezbr. 91, die dritte am 18. Jan. 94; der Verlauf der Geburten und Wochenbetten normal. Das Befinden während der jetzigen Schwangerschaft un-

gestört. Vor 4—5 Wochen geringe Blutung, am 13. März früh stärkere Blutung, die sich Nachmittags und Abends wiederholte. Pat. wird tamponirt und kreissend am 14. März früh zur Klinik gebracht. Die Palpation ergiebt I. Schädellage, I. Unterart, Kopf kaum beweglich im B. E. Innerer Befund: In der Scheide zwei durchgeblutete Gazetampons, reichlich eine Hand voll geronnenen Blutes. Portio verstrichen. Mm. 3—5-Markstückgross, dehnbar. Nach links direkt neben und über dem Mm. Placentargewebe und Blutcoagula fühlbar, Blutung gering, Herztöne 136. Lysolscheidenausspülung 1 % und Jodoformgazetamponade. Um 9 Uhr 10 M. reichlicher Fruchtwasserabfluss mit Meconium vermischt. Herausnahme der Tampons. Mm. Fünfmarkstückgross, Kopf ins Becken eingetreten, Placentargewebe nicht mehr fühlbar, Blutung fast stehend, Herztöne verlangsamt aber kräftig, ca. 100 p. Min. Wegen Hängebauches wird Leib hochgebunden, Wehen werden kräftiger, Kreissende presst kräftig mit. 11 Uhr 55 M. J. M. völlig erweitert, Kopf im B. A., Pfeilnaht fast im graden Durchmesser, kl. Font. vorn, kl. hinten. Da sich die Herztöne mehr und mehr verlangsamen bis zu 96, auch Kr. sehr abgespannt ist und andererseits trotz kräftiger Wehen ein Fortschritt im Verlauf der Geburt nicht zu bemerken war, auch wieder geringe Blutung auftritt, wird Zange im queren Durchmesser angelegt und Kopf leicht extrahirt. Damm intakt, Kind tief asphyktisch. Die Belebungsversuche dauerten von 1 Uhr bis 2 Uhr 40 M. und waren erfolgreich (Schultze'sche Schwingungen, abwechselnd warmes und Eiswasserbad). Kind, Knabe, wiegt 3460 gr, ist 53 cm lang. Nach etwa 25 Minuten Expression der Placenta, Uterus gut contrahirt post partum, keine Nachblutung. Wochenbett normal, Entlassung nach 10 Tagen.

XXII. Fall. 23. V. 98.
Kath. L. 34 J. III. para.

Kr. hat 2 Mal abortirt, das erste Mal nach 6, das zweite Mal nach 8 Wochen, Ursache unbekannt, giebt an, stets gesund gewesen zu sein. Befinden während jetziger Schwangerschaft gut. Am 19. Nachts $2^1/_2$ Uhr plötzlich starke Blutung, die nach Ankunft des Arztes bereits stand. Am 21. neue, nicht sehr starke, aber konstante Blutung, deshalb Aufnahme der Kreissenden in die Klinik am 21. V. Abends. In der Nacht verlor sie etwa $^1/_2$ Liter Blut, deshalb Tamponade. Am 25ten $9^1/_2$ abends mit Entfernung der Tampons reichlicher Blutabfluss von ungefähr $^1/_2$ Liter. Künstlicher Blasensprung, reichliches Fruchtwasser fliesst ab, darauf wiederum Tamponade. Darauf vorübergehend leise Wehen, die aber bald nachliessen. Kreissende infolge Blutverlustes sehr anämisch, erbricht aufgenommene Nahrung, wobei die Tampons herausgepresst werden. Neue Blutung trat nicht ein. Als Grund der Blutung fand sich bei inn. U. Placenta praevia. Placenta etwas nach rechts hinten fühlbar, Muttermund 5 markstückgross, Kopf fühlbar, jedoch keine Naht oder Fontanelle, I. Schädellage, Herztöne links von Nabel deutlich. Von 3 Uhr an war Kopf ins Becken eingetreten, grosse Fontanelle rechts fühlbar. Um $4^1/_2$ Uhr wurden 2 ziemlich grosse coagulierte Blutklumpen ausgestossen, trotz Tamponade blutete es weiter, Kopf stand zangengerecht, die Pfeilnaht verlief quer, Zange wurde angelegt, wobei sich der Schädel in den schrägen Durchmesser drehte. Nachdem Hinterhaupt unter dem Schambogen erschienen, Ablegen und weiterer Verlauf spontan. Es entstand ein Dammriss II. Grads, der vernäht wurde. Eine halbe Stunde nach Geburt des Kindes löste sich die Placenta nach Duncan. Die Placenta zeigte am Rand, der bei der Untersuchung zu fühlen war, eine kleine sugillierte

Stelle. Keine Nachblutung. Kind, Mädchen, lebt, 3240 gr. bei 52 cm. Länge. Placenta-Grösse $^{20}/_{22}$. Wochenbett normal, Entlassung mit Kind am XII. Tage.

XXIII. Fall. 22. VI. 98.

Louise M. 29. J. I. para.

Befinden während der Schwangerschaft stets gut, von Blutabgang hat Kreissende nie etwas wahrgenommen.

Sie wird am 22. VI. mit starker Blutung in die Klinik gebracht; die äussere Untersuchung stellt I. Schädellage fest, Herztöne links vom Nabel deutlich. Bei der inneren Untersuchung wird links und hinten der Placentarrand gefühlt. Kleine Fontanelle links, Pfeilnaht quer. Sofortige Sprengung der Blase, wobei reichlicher Fruchtwasserabgang konstatirt wird, darnach Jodoformgazetamponade. Wehen darauf kräftig alle 3 bis 4 Minuten, Puls kräftig, 80 p. Min., Herztöne gut. Um 3 Uhr 20 Min. Auftreten kräftiger Presswehen, um 4 Uhr 10 wird Kopf in der Vulva sichtbar. Die Geburt vollzieht sich spontan nach Massgabe der vorliegenden ersten Schädellage. Nach $^1/_2$ Stunde Expression der gelösten Placenta. Grösse 19 : 20. Kind, Mädchen, lebt, 3000 gr. bei 52 cm. Länge Wochenbett normal. Entlassung nach 10 Tagen.

XXIV. Fall. 3. Juli 1898.

Wilhelmine H. 32 J. IV. para.

3 normale Geburten und Wochenbetten, letzte Entbindung vor 2 Jahren. Vor 4 Wochen ziemlich reichliche Blutung; erneute profuse Blutung am 29. Juni, ebenso am 1. Juli; letzte Blutung und Aufnahme in die Klinik am 3. Juli 5 h. 30 p. m. Pat. schwach, anämisch, Temp. 39°, Puls 140, Lage der Frucht I. Querlage, I. Unterart. Scheide mit Blutcoagula gefüllt, Cervicalkanal durchgängig für 2 Finger, links und vorne Placentargewebe fühlbar. Nach der Untersuchung erneute Blutung ca. 560 ccm. Combinirte Wendung nach Braxton-Hicks.

Nach kräftigen Wehen erfolgt weitere Geburt spontan. Kind, Knabe, lebt, wiegt 2630 gr., hat Länge von 48 cm. Die Placenta wurde nach Credé entfernt. Grösse 17 : 20. Gegen die hochgradige Anämie der Wöchnerin Kochsalzinfusion (0,6 %) in Brust, Bauch und Oberschenkel (im ganzen 760 ccm.). Darnach Uterusausspülung mit $^1/_2$ % Lysollösung, Puls anfangs unregelmässig, zeigt bald wieder 140 p. Min., Temperatur bleibt auf 39 ° stehen. Abends 10 h. 45 Status idem, es werden vorsichtig Excitantien gegeben. Gegen Morgen schlief Pat. etwas und erholte sich sichtlich. Temp. 37,6 °, am Abend 37,4 °, dieselbe Temp. am Morgen des 5., ebenso Puls andauernd etwa 100. Die Abendtemperatur stieg am selben Tage weiter auf 38,4 ° und zeigte bis zum 11. bei gutem Befinden der Wöchnerin Steigerungen bis annähernd 38 °. Vom 12. VII. ab Puls und Temperatur normal, Entlassung nach 15 Tagen.

XXV. Fall. 19. Juli 1898.

Johannette R. 27 J. I. para.

Früher angeblich stets gesund, Auftreten der Menses mit 16 Jahren, regelmässig 4—5 Tage lang, ohne Schmerzen. Kommt kreissend zur Anstalt. Ihrer Angabe nach hat sie seit 14 Tagen anhaltend Blutungen, die in den letzten 8 Tagen noch stärker geworden sind. Sie ist äusserst schwach und anämisch, Wehen nicht besonders kräftig. Äussere Untersuchung: II. Schädellage, Herztöne am Nabel und etwas nach rechts zu hören. Innerer Befund: In der Scheide Blutgerinnsel, Mm. 5 Markstückgross, links und hinten Placentargewebe fühlbar. Kopf vor dem untersuchenden Finger leicht beweglich, macht den Eindruck geringen Umfanges. Um 6 h. p. m. Sprengen der Blase, geringer Fruchtwasserabfluss, Scheidenausspülung, Jodoformgazetamponade. Um 8 h. 45 Puls 140 bis 156, in der Folge ansteigend, Temp. 37,3 °. Darreichung von Cognac, Rotwein etc. 9 h. 38 Entfernung

der Tampons, dahinter Blutcoageln. Versuch in Narkose den Fuss herabzuziehen, gelingt nach mühevollem Eindringen in die sehr enge Scheide, hauptsächlich mit Hülfe des von aussen her angewandten Handgriffes. Kindliche Herztöne noch hörbar. Die Extraktion muss zum Zwecke der allmählichen Erweiterung des Mm., und da die Weichteile der Extraktion erhebliche Rückstände entgegensetzen, noch ausgesetzt werden. 10 h. 50 Injektion von 1,5 L. Kochsalzlösung, 10 h. 50 Extraktion — Frucht tot. Zur Kräftigung der höcht anämischen Pat. Kampferinjektion, Weinklystier. Eintretende Gehirnanämie durch Hochlagerung beseitigt. Placenta folgt auf Druck nicht. Während der manuellen Lösung der Placenta macht der Kräftezustand der Pat. eine abermalige Injektion von $1^1/_2$ L. Kochsalzlösung notwendig. Die Placenta kann nicht zusammenhängend geboren werden. Um 11 h. 50 Puls kaum fühlbar, Kräfte heben sich nicht wieder. Exitus tritt ein, indem Atmung immer beschleunigter und oberflächlicher wird. Das Bewusstsein, welches schon längere Zeit geschwunden, kehrt nicht wieder zurück. Die Exploration post exitum ergiebt, dass keine Ruptur oder Verletzung der Wand vorliegt, jedoch wird noch ein etwa Walnuss grosses Gerinnsel entfernt. Gewicht des Kindes 2500, Länge 50 cm. — —

Unter den 25 hier angeführten Fällen ist nun zunächst bemerkenswert, dass sich 14 Frauen darunter befinden, die bereits kreissend in die Klinik aufgenommen wurden. Dadurch mag sich die verhältnissmässig hohe Ziffer in hiesiger Anstalt erklären. Von den mitgeteilten Fällen waren 22 Mehrgebärende, und zwar 7 II. p., 4 III. p., 3 IV. p., 2 V. p., 2 VI. p., 1 VIII. p. und 3 X. p.; 3 waren I. parae. Als wichtigere Krankheiten, die der Schwangerschaft vorausgingen, konnten eruirt werden: „Ein Geschwür an der Gebärmutter“ und Aus-

fluss (Fall V), ausserdem zwei Endometritiden. (Fälle VII und VIII). Bei Fall VIII handelte es sich um eine Endometritis corporis et cervicis, weswegen Betr. in hiesiger Klinik behandelt wurde (1891). Von dem Verlauf früherer Geburten ist folgender von Interesse: Eine Frau (Fall V) II. para, giebt an, die Lösung der Nachgeburt sei bei ihr stets schwierig gewesen. Eine Schwangerschaft endete mit Abortus im VI. Monat (Fall VIII Endometritis), bei einem anderen der angeführten Fälle waren bereits 2 Aborte aus unbekannter Ursache vorausgegangen. (Fall XXII). Eine Frau (Fall XVIII) giebt an, sie habe nach dem letzten Partus (IX.) vier Wochen lang Blutabgang gehabt und später noch starke Nachblutung, die ärztliche Hülfe erforderte. Bei einer Sechstgebärenden wurde beim ersten Partus die manuelle Placentarlösung vorgenommen, die 4 nachfolgenden Geburten verliefen normal. (Fall XIX). Wie man sieht, haben also sehr viele dieser Frauen schon vorher Erkrankungen der verschiedensten Art durchgemacht, welche wohl in Verbindung mit dem anormalen Sitz der Placenta gebracht werden können, und bei einigen ist sogar direct angegeben, dass die Nachgeburtsperiode stets mit grossen Blutverlusten und Schwierigkeiten der Lösung und Ausstossung der Nachgeburt verbunden war. Dagegen konnte von Erkrankungen im Wochenbett nach früheren Geburten nichts festgestellt werden. Nur eine Frau (F. VII) will im letzten Wochenbette Fieber gehabt haben. Bemerkenswert ist die rasche Aufeinanderfolge von Gravidität bei 4 von den genannten Frauen.

Das einzige aber ungeheuer wichtige Symptom der Plac. praevia ist die Blutung; sie tritt mitunter schon in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft ein, dann aber meist schwach und wird stärker, je mehr sich die Schwangerschaft ihrem Ende nähert. Die Fälle, wo die Blutung erst mit Beginn der Eröffnungsperiode zum

ersten Male auftritt, sind selten. Dieses Verhalten zeigen auch fast alle genannten Fälle, nur in Fall XIII, XIV, XVI u. XXI hatte vor Beginn der Geburt keine Blutung stattgefunden.

Neben der Blutung, die, mag sie nun früher oder später auftreten, nahezu typisch ist für Plac. praevia, findet sich recht häufig eine weitere Erscheinung, das Vorkommen abnormer Kindeslagen. Für ihr Zustandekommen giebt es verschiedene begünstigende Momente: Der meist schlaffe Uterus und schlaffe Bauchdecken bei Mehrgebärenden, die Verlagerung des Beckeneinganges durch die Placenta, welche das Eintreten des Kopfes verhindert, und vielleicht auch das oft nur kleine Köpfchen einer schlecht entwickelten Frucht, welches leichter nach der einen oder andern Seite abweicht. Auch diese Erfahrung finden wir an den vorstehenden Fällen bestätigt, es bestanden 7 Querlagen, 1 Fusslage und 2 Steisslagen, und nur 15 Schädellagen.

Eine schon von altersher gemachte Erfahrung findet ebenfalls durch diese Fälle ihre Bestätigung, nämlich das vorzeitige Eintreten der Geburt.

Der vorzeitige Beginn der Geburt durch Auftreten von Wehen, findet nach Müller seinen Grund in den vorausgegangenen Blutungen. Er nimmt an, dass die bei Loslösung der Placenta entstehenden Blutcoagula wie Fremdkörper auf die blossgelegten Uterinnerven wirken und Wehen auslösen.

Das Resultat für Mutter und Kind bei den einzelnen Fällen war das folgende:

22 Mütter wurden gesund entlassen; 4 davon hatten kein fieberfreies Wochenbett, eine (Fall XXIV) hatte bereits febris intra partum bei der Aufnahme. 3 Mütter sind gestorben, alle drei kamen bereits im

Zustande höchster Anämie zur Klinik (Fälle II, XVIII, XXV). Bei Fall II wurden durch Sektionsbefund noch andere, organische Leiden festgestellt. Von den Kindern wurden 13 lebend geboren und blieben am Leben, also 52%.

Nach ihrem Sitze mussten
6 als Plac. praev. centralis,
15 als Plac. praev. lateralis und
4 als Plac. praev. marginalis
angesprochen werden.

Was nun die Therapie betrifft, so kann diese Stillung der Blutung, Förderung der Geburt oder Beendigung der Geburt bezwecken. Auf Stillung der Blutung während der Schwangerschaft ist das erste Gewicht zu legen. Haupterfordernis dabei ist Ruhe, womöglich Bettruhe, ausserdem giebt man Opiate. In den meisten Fällen wird man dadurch die Blutung zum Stehen bringen, gelingt dies nicht, dauert die Blutung bei geschlossenem Cervix noch fort, so muss man tamponieren, selbst auf die Gefahr hin, dass Wehen auftreten oder Mm. erweitert wird und es zur Frühgeburt kommt. Steht die Blutung, dann sorge man in der Folge für leichte Defäcation, da Stuhldrang neue Blutungen hervorrufen könnte.

Bei Blutungen unmittelbar vor oder während der Geburt richtet man sich nach dem Grade der Blutung, nach den Wehen und nach der Beschaffenheit der Geburtswege. Allgemeine, für alle Fälle geltende Regeln hier aufzustellen, wäre falsch, vielmehr muss es der Erfahrung und der ruhigem Überlegung der Geburtshelfer in jedem einzelnen Falle überlassen bleiben, ob, wann und wie in die Geburt einzugreifen ist. Dass eine Entbindung bei Plac. praev. ohne therapeutische Eingriffe und Kunsthülfe möglich ist, beweisen die Fälle

XIV, XVI, XXIII und XX, die sämtlich spontan verliefen und lebende Kinder zu Tage förderten.

2 weitere, XXI. und XXII., wurden nach Beckenausgangszange von lebenden Kindern entbunden.

Vielfach hat man nach Aufkommen der gewiss vorzüglichen, combinierten Wendung nach Braxton-Hicks gegen die Tamponade geeifert, wegen der angeblich leichten Infektion. Die Gefahr ist ja selbstverständlich gross, besonders wenn bei starker Blutung nicht mit der erforderlichen, peinlichsten Sauberkeit vorgegangen wird. Strengste A = resp. Antisepsis und straffe Ausführung ist dabei Grundbedingung und von deren Beherrschung, die wir heutzutage voraussetzen können, hängt natürlich der Erfolg in erster Linie ab. Wir haben sie bei vorliegenden Fällen zwölfmal mit bestem Erfolg zur Anwendung gebracht. Zur Wehenförderung haben sich auch heisse Scheidendouchen und Colpeuryse (XII, XV) bestens bewährt. Speziell bei Längslagen hat man dann noch ein weiteres wichtiges Mittel in der Sprengung der Blase. Es wird dadurch ein weiteres Ablösen der Placenta verhindert, indem dieselbe sich in Verbindung mit der zurückweichenden Uteruswand zurückziehen kann, dann aber auch wirkt der tiefer tretende Kindesteil als Tampon. Sprengung der Blase wurde in den beschriebenen Fällen 15 mal vorgenommen.

Die Vorzüge der combinirten Wendung bestehen darin, dass durch den heruntergeholten Fuss die bestehende und nachfolgende Blutung leicht gestillt werden kann, der Cervix sich erweitert und man für die Extraction jeden Augenblick ein Mittel, zur sofortigen Beendigung der Geburt, falls diese nötig werden sollte, eine gute Handhabe hat. Freilich sind natürlich dabei stets die Gefahren im Auge zu behalten, welche eine rasche Extraction stets für Mutter und Kind mit sich

bringt. Wir haben die combinirte Wendung in 19 Fällen vorgenommen und in 15 die Extraction angeschlossen, 3 Geburten verliefen spontan nach der Wendung (XIII., XIX. u. XXIV.), ausserdem die künstliche Frühgeburt (VII). Die Extraction, die äusserst vorsichtig und langsam ausgeführt werden muss, pflegt man meist nur bei völlig erweitertem Muttermund vorzunehmen und zwar in erster Linie im Interesse des mütterlichen Lebens, denn, da es sich stets um Frauen handelt, die schon grössere Blutverluste erlitten haben, wird ein grösserer Riss und die mit ihm verbundene Blutung in diesem Falle von ganz besonders schwerer Bedeutung sein. Aus unseren 25 Fällen kann ich aber in Bezug auf diese Punkte keine Erfahrung mitteilen, da wir eine grössere Verletzung der Weichteile bei unseren manuellen Eingriffen nicht zu verzeichnen hatten.

Die Prognose bei Placenta praevia war früher weit ungünstiger, sie ist heute infolge der verbesserten therapeutischen Massnahmen erheblich besser und hängt im wesentlichen von diesen ab. Auch die Prognose für die Kinder hat sich etwas gebessert, doch ist sie immer noch schlecht, weil sie oft frühreif geboren werden, ausserdem aber auch, weil sie oft ihr Leben lassen müssen, um das der Mutter zu retten.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geh. Medicinalrat Prof. Dr. Löhlein, für seine freundliche Unterstützung meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. Bd. XXIX.

Centralblatt für Gynäkologie 1892.

Müller L., Placenta praevia. Stuttgart 1877.

Schröder, Lehrbuch der Geburtshülfe.

Archiv für Gynäkologie. Bd. 6.

Winkel, Lehrbuch der Geburtshülfe.

Wilhelm Hülsemann. In.-Diss. 1897.

Müller P., Handbuch der Geburtshülfe.

Streicher P., Bedeutung und Beschreibung der Placenta praevia. Jena 1893.